

ANEXO 1



CENTRO NACIONAL
DE TRASPLANTES

FORMATO OFICIAL, PARA MANIFESTAR EL CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA DONAR ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS DESPUÉS DE LA MUERTE PARA QUE ÉSTOS SEAN UTILIZADOS EN TRASPLANTES.

Antes de llenar este Formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso, lléñese con letra de molde legible o máquina.

Fecha de presentación del Formato (dd/mm/aaaa)

1.- Datos del Solicitante. Deberá anotar sus datos personales.

| | | | |
|---------------------|---|----------------------|----------------------|
| Nombre completo | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Nombre(s) | Apellido Paterno | Apellido Materno |
| Edad | <input type="text"/> años cumplidos | | |
| | De conformidad con el 322, párrafo cuarto, de la Ley General de Salud, la donación expresa, cuando corresponda a mayores de edad con capacidad jurídica, no podrá ser revocada por terceros, pero el donante podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, sin responsabilidad de su parte. | | |
| Fecha de Nacimiento | <input type="text"/> (dd/mm/aaaa) | | |
| CURP | <input type="text"/> | | |
| Sexo | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | |
| Nacionalidad | <input type="checkbox"/> Mexicano(a) <input type="checkbox"/> Otro Precisar _____ | | |
| Estado Civil | <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Otro Precisar _____ | | |
| Grado de Estudios | <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Otro Precisar _____ | | |
| Ocupación | <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro Precisar _____ | | |

| | |
|--------|---|
| Estado | <input type="text"/> (Estado de la República Mexicana donde reside) |
|--------|---|

2.- Consentimiento expreso.

Con fundamento en el artículo 329, de la Ley General de Salud, yo en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto mi voluntad de ser donador al momento de mi muerte de manera:

| | | | |
|--------------|--|---|---|
| A) Amplia : | <input type="checkbox"/> Todos los órganos y/o tejidos útiles para trasplante. | | |
| B) Limitada: | <input type="checkbox"/> Córneas <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Pulmones <input type="checkbox"/> Páncreas y Bazo <input type="checkbox"/> Hígado | <input type="checkbox"/> Riñones <input type="checkbox"/> Hueso <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Tendones <input type="checkbox"/> Cartílagos | <input type="checkbox"/> Vasos sanguíneos <input type="checkbox"/> Intestino <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> Extremidades <input type="checkbox"/> Cara <input type="checkbox"/> Otros Precisar: _____ |

| | |
|---|----------------------|
| Circunstancias de la donación (Modo, tiempo y lugar). | <input type="text"/> |
|---|----------------------|

3.- Referencias personales.

| | | | |
|--|---|---|---|
| Nombre completo | <input type="text"/> Nombre(s) | <input type="text"/> Apellido Paterno | <input type="text"/> Apellido Materno |
| Relación o Parentesco con el Otorgante | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Concubina o concubinario <input type="checkbox"/> Hijo(a) Precisar _____ | <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano(a) |
| Estado | <input type="text"/> (Estado de la República Mexicana donde reside) | | |
| Correo electrónico | <input type="text"/> | | |

4.- Acreditación. Documentación que presenta para identificarse.

| | |
|-------------------------|--|
| Documento | <input type="checkbox"/> Credencial de Elector <input type="checkbox"/> Cartilla Militar <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula Profesional |
| Folio de identificación | <input type="text"/> |

5.- Nombre y Firma del Otorgante.

Manifiesto que la información anteriormente asentada es veraz.

El Centro Nacional de Trasplantes no tiene obligación de informar a terceros sobre el deseo manifestado en este documento, por lo que se sugiere informarlo a su familia o a sus seres queridos.

Nombre y firma del Otorgante
(La huella digital del Otorgante será válida, en caso de que éste no pueda firmar)

6.- Datos de la Autoridad Sanitaria competente ante la que se presenta el Formato.

Nombre, firma y sello de la Autoridad Sanitaria Competente

El presente Formato, surtirá sus efectos, una vez que haya sido presentado ante la Autoridad Sanitaria Competente.



Centro Nacional de Trasplantes
Carretera Picacho Ajusco No. 154 6to. Piso, Col. Jardines en la Montaña, Delegación Tlalpan, C.P. 14210, México, D.F. –
Tel. 01 (55) 54-87-99-02 ext. 51425, 51431.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO OFICIAL, PARA MANIFESTAR EL CONSENTIMIENTO EXPRESO
PARA DONAR ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS DESPUÉS DE LA MUERTE
PARA QUE ÉSTOS SEAN UTILIZADOS EN TRASPLANTES.

Fecha de presentación del Formato: Anotar la fecha con números legibles de la siguiente manera, dos dígitos para el día/dos dígitos para el mes/cuatro dígitos para el año.

1.- Datos del Solicitante-Deberá anotar sus datos personales

Nombre completo: Anotar Nombre(s), apellido paterno y apellido materno.

Edad: Anotar la Edad (Años cumplidos).

Fecha de Nacimiento: Anotar la Fecha de Nacimiento de la siguiente manera, dos dígitos para el día/dos dígitos para el mes/cuatro dígitos para el año.

CURP: Anotar la Clave Única de Registro de Población si la tuviere.

Sexo: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente.

Nacionalidad: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Estado Civil: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Grado de Estudios: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Ocupación: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Estado: Anotar el Estado de la República Mexicana donde reside.

2.- Consentimiento expreso.

Amplia: Elegir y marcar con una "X" todos los órganos y/o tejidos útiles para trasplante.

Limitada: Elegir solo los órganos y/o tejidos que desea donar, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Circunstancias de la donación (Modo, tiempo y lugar): Anotar las Circunstancias de la donación de Modo, tiempo y lugar.

3.- Referencias personales

Nombre Completo: Anotar el nombre del cónyuge, concubina o concubinario, padre o madre, hijo (a), en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Relación o Parentesco con el Otorgante: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Estado: Anotar el Estado de la República Mexicana donde reside.

Correo electrónico: Anotar su cuenta de correo electrónico si la tuviere.

4.- Acreditación. Documentación que presenta para identificarse.

Documento: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente.

Folio de identificación: Anotar el folio de identificación del Documento Oficial con el que se identifica.

5.- Nombre y firma del Otorgante

Nombre y firma del Otorgante: Anotar el nombre completo y la firma del Otorgante. La huella digital del Otorgante será válida, en caso de que éste no pueda firmar.

6.- Datos de la Autoridad Sanitaria competente ante la que se presenta el Formato.

Este rubro será llenado por el Funcionario Público ante quien se presenta el formato.

Nota: El Formato deberá acompañarse con una copia fotostática de su identificación Oficial (credencial de elector, cédula profesional, pasaporte o cartilla del servicio militar.) del Otorgante. Tanto el Formato, como los documentos que se acompañen no serán válidos, si los mismos presentan alteraciones, raspaduras o alguna enmendadura.